

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 43

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER MÉLANIQUE DU SEIN
CHEZ L'HOMME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Novembre 1919

PAR

LEVILLAIN (Marcel-Victor-Joseph)

Né au Havre (Seine-Inférieure), le 9 août 1877

Pharmacien de 1^{re} classe

Licencié ès sciences

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs
de la Thèse

{	FORGUE, Professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs</i>
	ESTOR, professeur.		
	SOUBEYRAN, agr. libre.		
	ETIENNE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER MÉLANIQUE DU SEIN
CHEZ L'HOMME



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 43

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER MÉLANIQUE DU SEIN

CHEZ L'HOMME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Novembre 1919

PAR

LEVILLAIN Q (Marcel-Victor-Joseph)

Né au Havre (Seine-Inférieure), le 9 août 1877

Pharmacien de 1^{re} classe

Licencié ès sciences

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président*.

ESTOR, professeur.

SOUBEYRAN, agr. libre.

ETIENNE, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL. (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (♂).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. * ♂), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ♂, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ♂), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ♂).	J. DELMAS (♂).	PECH (* ♂) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, prof., président; ESTOR, prof.; SOUBEYRAN, agr. lib.;

ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

M. LEVILLAIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

M. LEVILLAIN.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER MÉLANIQUE DU SEIN
CHEZ L'HOMME

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

Sur le conseil de M. le professeur Forgue, nous avons choisi comme sujet de thèse le cancer mélanique du sein chez l'homme. Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Forgue, et de M. le docteur Chauvin, son chef de clinique, l'intéressante observation que nous donnons à la fin de notre thèse.

Le fait que la mamelle de l'homme peut, dans certains cas, rares d'ailleurs, présenter un développement anormal et une hypertrophie plus ou marquée fut de tous temps connue. Paul d'Egine décrit la cure opératoire de ces hyperplasies dans lesquelles il voyait encore des manifestations merveilleuses.

La gynécomastie, jusqu'au XIX^e siècle, fut considérée comme l'unique tumeur du sein de l'homme, dans la-

quelle se confondaient toutes les néoplasies aussi bien malignes que bénignes.

En 1778, Ledran le premier paraît avoir parlé du cancer de la mamelle masculine, pour en citer d'ailleurs la rareté. Sédillot en rapporte deux cas, et Nélaton deux autres dans sa thèse inaugurale en 1839.

Les cas isolés de Morgagni (2), de Lisfranc, de Cruveilhier (plusieurs dont 3 personnels), de Lebert, de A. Cooper, de Deguisé fils, de Velpeau (13 à 14)), nous conduisent au premier travail d'ensemble, que Milton fit paraître en 1855, dans les *Medico-chirurgicals Transactions*. Travail riche en observations trop courtes et le plus souvent sans examen histologique, comme le dit Poirrier.

A partir de cette date, les faits isolés se multiplient et les revues générales se succèdent à intervalles assez rapprochés. Nous citerons celles de Bertherand en 1856, de Hugo Stumpf en 1859, et surtout la thèse d'agrégation de Horteloup qui constitue le premier document intéressant sur la question, avec 62 cas dont 16 suivis d'examens histologiques.

La thèse de Chenet en 1876 ajoute, aux 62 cas de Horteloup, 7 cas nouveaux, dont 2 cas de tumeurs mélaniques. Chassaignac, en 1850, à propos de la communication de Deguisé, avait rappelé un cas observé par Astley Cooper dans lequel les éléments de la tumeur étaient colorés en vert. Mais Chenet est vraiment le premier auteur qui attira l'attention sur la mélanose du sein de l'homme. Il en a signalé d'ailleurs l'extrême rareté.

La thèse de Poirrier (1883), avec ses 76 observations, apporte à la question une contribution de toute première importance. Elle inaugure l'ère anatomo-pathologique :

toutes ses tumeurs sont étudiées au point de vue histologique et ses diagnostics contrôlés par le microscope. Il ne trouve dans toute la littérature que trois tumeurs mélaniques.

A partir de cette époque, les tumeurs du sein chez l'homme constituent un vaste sujet d'étude. Et l'on trouve, d'une part, les grosses et intéressantes revues d'ensemble de Williams (1889, 100 cas), de Schuchard (1877, 247 tumeurs malignes et 22 bénignes), de Finsterer (1907, 23 cas nouveaux), de Speese (1912).

D'autre part, des monographies tendant à isoler les types particuliers de ces néoplasies :

Courtade, en 1855, étudie l'épithélioma.

Delage et Massabiau, en 1904, les angiomes et les lipomes.

Connel, en 1907, les sarcomes (34 cas, dont 4 mélaniques).

ÉTHOLOGIE

Les tumeurs malignes du sein chez l'homme sont des néoplasies rares et le faible développement de la glande mammaire chez lui explique cette rareté.

La statistique de Williams portant sur 1.974 tumeurs malignes de la mamelle nous montre les femmes atteintes 1.955 fois, et les hommes 19, ce qui établit à 1 p. 100 le rapport de fréquence suivant le sexe. Schultess l'élève à 1,39 p. 100 ; Schuchard à 2 p. 100, et Billroth, avec 7 hommes pour 245 femmes, à 2,85 p. 100.

Horteloup, en 1872, réunissant les cas connus de cancer du sein chez l'homme, en trouve en tout 65. Poirrier porte ce chiffre à une centaine, et Schuchard, en 1884, réunissant ceux de la littérature (247) et ceux que les chirurgiens lui envoyèrent à la suite d'un referendum (101) trouve un total de 348. Depuis, les cas se sont multipliés, mais il n'en a pas été sûrement publié plus d'une centaine.

Parmi ces tumeurs du sein, les tumeurs mélaniques constituent encore assurément la variété la plus exceptionnelle. Poirier, dans son excellente thèse, n'en peut

citer que 3 exemples, et Bonnet dans sa monographie documentée et récente (1911) sur les tumeurs mélaniques insiste sur leur rareté au niveau du sein, aussi bien chez la femme que chez l'homme.

Au total nous avons pu en réunir 17 exemples. Nous ne tenons compte ici évidemment que des tumeurs primitives du sein. Les localisations métastiques à ce niveau sont moins exceptionnelles mais ne sont qu'un épiphénomène sans intérêt clinique aucun.

Il est classique, à propos de l'étiologie des néoplasies, d'étudier l'influence de l'âge, des traumatismes, de l'hérédité.

Sur les 12 cas où l'âge du patient était signalé, nous trouvons un enfant de dix ans, 5 hommes de trente à quarante, 4 hommes de quarante et un à cinquante, 1 homme de cinquante-neuf et 1 de soixante-neuf; ce qui donne, entre les âges extrêmes de dix à soixante-neuf, une moyenne de quarante ans. Elle est légèrement inférieure à celle que donnent les auteurs pour les cancers en général du sein chez l'homme (52,5 d'après Schuchard).

Nous trouvons l'influence du *traumatisme* plusieurs fois signalée. Dans deux cas, de violentes contusions de la région mammaire ont précédé l'apparition du cancer (Obs. III et XII). Une autre fois le traumatisme n'intervint que pour hâter l'évolution d'une tumeur déjà existante (Obs. XV). Enfin, dans un dernier cas, ce sont des lésions de grattage qui ont amorcé l'ulcération d'un *nævus* (Obs. V).

Beaucoup moins important paraît être le rôle de l'hérédité. Nous ne le trouvons signalé que dans un cas (Obs. XVII). La mère du malade était morte d'un cancer de l'intestin, à soixante ans.

Le cancer paraît frapper le sein de l'homme à peu près indifféremment à droite et à gauche. Si Poirrier, en effet, trouve pour les cancers en général 21 cas à gauche pour 13 à droite et 1 bilatéral, Finsterer en trouve 6 à droite pour 5 à gauche, et Schuchard 63 à droite, 65 à gauche et 3 bilatéraux.

Dans 8 cas où nous avons trouvé précisé le côté atteint par le mélanome, 5 intéressaient le sein droit et 3 le sein gauche. Il est probable que la mélanose ne confère à la tumeur aucune préférence pour un côté.

On crut pendant longtemps que les Allemands étaient relativement réfractaires au cancer du sein. Hugo Stumpf (thèse 1869) écrivait déjà : « *Observationes Germanorum mammæ virilis carcinomati paucissimæ habere videmur.* » Poirrier insiste aussi sur cette rareté (5 cas) comparée à la fréquence en Angleterre (69) et en France (35).

Schuchard, dans son premier mémoire, trouve, sur 272 cas, 162 anglo-américains, 56 français et seulement 42 austro-allemands. Intrigué par cette proportion, il fait en Allemagne un referendum, reçoit des observations nouvelles, et, ajoutant quelques cas encore, puisés dans la littérature, rétablit l'équilibre avec 164 cas anglo-américains contre 144 austro-allemands.

Le cancer mélanique paraît représenter pour la *race* l'indifférence du cancer du sein en général, et sur nos 17 cas nous trouvons 5 cas français, 6 anglo-américains, 6 allemands et 1 italien.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le cancer mélanique du sein se présente à nous sous deux aspects fort différents.

Tantôt il s'agit d'une ulcération d'abord superficielle, dont la base indurée s'étend et s'infiltré progressivement. Le centre en est soit creusé et rongé, soit saillant en un chou-fleur de végétations plus ou moins exubérantes, souvent teintées de noir. Les lèvres, épaisses et indurées, présentent une teinte foncée qui peut s'étendre au delà, sur les téguments apparemment sains.

Tantôt on se trouve en présence d'un nodule profond né en pleine glande, plus ou moins libre sous les téguments et sur les plans profonds.

Les formes superficielles sont évidemment des néoplasies cutanées, sans rapports avec la glande mammaire elle-même. Mais, de même que chez la femme on étudie les cancroïdes des téguments avec les tumeurs profondes, de même nous croyons devoir les rapprocher ici et les comprendre dans une étude d'ensemble :

Les formes cutanées creusent et s'infiltrant. Elles envahissent tôt ou tard les tissus profonds. Les formes profondes adhèrent rapidement aux téguments et s'ul-

cèrent. A une période évolutive avancée, le tableau clinique est le même; les propagations lymphatiques sont identiques; et l'intervention dans les deux cas doit être pratiquée suivant la même technique.

On peut se demander si les formes profondes elles-mêmes naissent bien aux dépens de la glande. Il est probable que certains sarcomes peuvent prendre leur origine dans le tissu conjonctif indifférent de la région. Dans le cas de Bluff cependant, le mélano-sarcome était né « manifestement du parenchyme glandulaire ». Pour les tumeurs épithéliales, à plus forte raison, le point de départ doit-il être dans les éléments glandulaires.

Les caractères macroscopiques de ces tumeurs (aspect, volume, consistance, forme, situation) sont appréciables par l'examen clinique, et appartiennent plus à la symptomatologie qu'à l'anatomie pathologique. Il en est de même des métastases, nombreuses et précoces.

Quel que soit le type de la tumeur, qu'il s'agisse d'un cancroïde cutané ou d'un sarcome glandulaire profond, le caractère fondamental de ces néoplasies, c'est la pigmentation. Enlevées par l'intervention opératoire ou à l'autopsie, elles présentent une teinte foncée, caractéristique, qui force l'observation des moins avertis. Noires dans les cas les plus typiques, elles peuvent être quelquefois de teinte plus claire : noir verdâtre (Obs. I), vert (Obs. IV), vert brillant (Obs. VII), jaune verdâtre (Obs. II), bleu (Obs. XI).

Nous ne croyons pas qu'il faille considérer comme une variété à part les cas où la tumeur, au lieu du noir classique, présentait une coloration verte. On est aujourd'hui d'accord pour faire entrer dans le cadre des mélanoses les cancers verts d'Aran.

Quelle que soit d'ailleurs la teinte de la pigmentation,

celle-ci peut se présenter soit comme une coloration diffuse, soit sous forme de marbrures plus ou moins intenses et denses. Dans le cas de MM. Forgue et Chauvin, la teinte était d'un jaune rose uniforme sur lequel tranchaient des stries colorées, noir verdâtre, à limites nettes aussi bien macroscopiquement que microscopiquement.

Histologiquement, les observations que nous avons pu recueillir ne précisent pas la situation du pigment. Est-il intracellulaire, est-il déposé dans la substance interstitielle ? Nous n'avons trouvé à ce point de vue aucun renseignement.

Dans notre observation I, la zone pigmentée se présentait sous forme de bandes à limites précises. On passait brusquement du tissu sarcomateux banal à un tissu foncé d'aspect granuleux, chargé de pigments, dans lequel il était fort difficile, pour ne pas dire impossible, de préciser une structure histologique. A peine voyait-on par endroits quelques noyaux, d'ailleurs bien colorés, ce qui permet d'affirmer que les cellules chromatophores n'étaient pas des cellules dégénérées.

Quelles étaient ces cellules, et quelle est la nature histologique du cancer mélanique du sein chez l'homme ?

Le mélanome doit-il être considéré comme une tumeur spéciale, intermédiaire au sarcome ou plutôt les englobant tous deux ? Un sarcome carcinomateux pigmentaire, comme le voudrait Rindfleisch ? Un chromatophorome, suivant les théories de Ribbert ? Assurément non. Le temps est passé également des discussions de doctrines, où l'on cherchait à établir si la cellule nævique était épithéliale et donnait un nævicarcinome (Unna), ou si elle était conjonctive et donnait un sarcome (Cornil et Ranvier, Legrange).

L'unité anatomique des mélanoses cutanées est battue en brèche, et l'on considère actuellement, avec Menetrier, que leur nature est tantôt épithéliale, tantôt conjonctive.

Il en est de même à plus forte raison pour les mélanoses du sein, car ici, même si le microscope tendait à maintenir l'unité du groupe, la clinique seule suffirait à la faire démembrer. Il est des cas qui sont de purs cancéroïdes, d'autres sont assurément des épithéliomas intracanaliculaires, d'autres enfin des sarcomes ou des carcinomes indéniablement.

Dans les observations que nous rapportons, 13 fois la structure histologique est précisée : 8 fois la néoplasie était sarcomateuse, en général globo-cellulaire (Obs. I et VII), 5 fois la tumeur était épithéliale, et c'est toujours du carcinome qu'il s'agissait quand le diagnostic histologique donne quelque précision (Obs. XII, XIII, XIV, XV). Dans l'observation III, cependant, bien que l'examen microscopique ne soit pas fourni, l'aspect clinique et surtout l'écoulement séro-sanguinolent par le mamelon font faire le diagnostic d'épithélioma canaliculaire; et les ulcérations des observations XVI et XVII ont présenté le tableau clinique de l'épithélioma cutané.

Il semble donc que l'apparition du pigment mélanique soit une particularité cytologique accessoire, pouvant se manifester dans des tumeurs de nature diverse, un phénomène accessoire et surajouté. En fait, la tumeur de Nüsbaum (Obs. X) qui présentait, lors de sa première apparition, et douze ans plus tard, à sa première récurrence, les caractères banaux d'un cystosarcome, ne devint mélanique que deux ans plus tard, lorsqu'elle récidiva pour la seconde fois.

ÉTUDE CLINIQUE

L'étude anatomique nous l'a fait prévoir ; les tumeurs mélaniques du sein, histologiquement de nature diverse, vont se présenter en clinique sous des aspects variés.

Le *début* sera différent suivant qu'il s'agit d'une tumeur de la glande ou des téguments.

Les tumeurs profondes présentent en général un début insidieux et indolent. Le petit noyau se formera et se développera sans attirer l'attention du malade, jusqu'à ce qu'il soit révélé par son volume même, par quelques phénomènes douloureux (Obs. VIII), par une métastase ganglionnaire (Obs. I), par un écoulement séro-sanguinolent au niveau du mamelon (Obs. III).

Les tumeurs superficielles se développent parfois sur un naevus préexistant (Obs. V), ce qui est le début classique des mélanoses cutanées. Quand ils se développent sur des téguments préalablement normaux, ils peuvent faire leur apparition sous forme de petites saillies verruqueuses qui ultérieurement s'ulcèrent (Obs. XVII), ou de taches pigmentées (Obs. XI), ou d'une ulcération primitive qui ne se refermera plus. Le cas de Betugh est

un exemple de sarcomatose cutanée à noyaux multiples qui poussèrent comme une éruption sur le sein du malade.

Le *siège* de ces tumeurs est toujours rapproché du mamelon; soit qu'elles soient situées sous le mamelon même (Obs. III), soit qu'elles se développent dans ses environs immédiats, le plus souvent sous l'aréole (Obs. XVI et XVII). Le faible développement de la glande chez l'homme explique suffisamment cette étroite localisation.

Dans les cas de néoplasies multiples (Obs. VI), quelques nodules peuvent s'écarter davantage et sortir même de la région mammaire. En général, la tumeur est unique, primitivement tout au moins, et les autres noyaux secondairement apparus peuvent être considérés comme des métastases. Il n'y a donc pas lieu d'insister sur le *nombre* des tumeurs mélaniques du sein chez l'homme.

La *coloration* noirâtre de ces néoplasies n'est pas toujours appréciable cliniquement. Dans les noyaux sous-cutanés, elle est souvent une découverte opératoire ou d'autopsie. Quelquefois cependant des taches pigmentées métastatiques sur les téguments de la région en révèlent la nature mélanique (Obs. III et XIII). La présence de naevi pigmentaires nombreux sur la peau peuvent la faire supposer, bien qu'ils soient manifestement sans rapport avec la néoplasie elle-même (Obs. IX).

Dans les tumeurs superficielles, la pigmentation est plus nettement appréciable, soit qu'elle précède l'ulcération, soit qu'elle persiste sur ses bourgeons ou sur ses bords.

La mélanose du sein se présente à nous sous deux aspects essentiellement différents, suivant qu'il s'agit de lésions cutanées ou de noyaux sous-cutanés à évolution

profonde. Ces aspects cliniques, d'ailleurs, ne paraissent pas correspondre à des variétés histologiques.

Les tumeurs cutanées se présentent sous forme d'ulcérations de dimensions variables, siégeant le plus souvent au niveau de l'aréole, disséquant le mamelon longtemps conservé, mais finissant par le détruire. Quelquefois creusées et rongeantes, elles ont des bords irréguliers, épaissis, indurés; un fond fongueux, sanieux et suintant, reposant sur une induration plus ou moins largement infiltrée. D'autres fois, elles bourgeonnent en choux-fleurs plus ou moins volumineux. Elles ont pour caractère commun la friabilité de leurs tissus et leur tendance à saigner au moindre contact.

Il serait banal d'insister sur leur aspect qui rappelle la physionomie banale des néoplasies cutanées.

Les tumeurs profondes rappellent assez exactement le cancer de la glande mammaire chez la femme. Les observations malheureusement sont muettes au sujet des signes classiques de ces dernières : la rétractation du mamelon, la fixation des téguments et la peau d'orange, le développement de la circulation complémentaire ne sont pas signalés.

Les descriptions les représentent comme des nodosités indurées de volume variable, allant de celui d'une cerise (Obs. VIII) à celui du poing (Obs. X). Leur forme est variable également : tantôt ovoïde, tantôt discoïdale (Obs. III et XVII). La palpation précise leurs rapports avec les téguments, d'abord libres, puis précocement envahis, et avec les plans profonds, avec lesquels elles présentent des adhérences rapides.

Elles peuvent être sensibles à la pression (Obs. I et VIII) ou être le siège de douleurs spontanées (Obs. III et IX).

Elles tendent assez rapidement à l'envahissement des téguments et leur ulcération est la règle générale quand l'intervention ne les supprime pas au premier stade de leur développement (Obs. II et III).

L'évolution des tumeurs mélaniques du sein est en effet la même, qu'elles soient superficielles ou profondes : elles tendent à l'envahissement de proche en proche, à la propagation par envahissement lymphatique, à la généralisation.

De proche en proche, elles envahissent :

1° Les téguments qu'elles ulcèrent comme nous venons de le voir ;

2° Les muscles ; et l'adhérence au pectoral est fréquente ;

3° Les espaces intercostaux et la plèvre (Obs. II et III) ;

4° Le poumon même (Obs. III) ;

5° Les parties molles du côté opposé (Obs. II).

Par envahissement lymphatique, elles peuvent se propager aux ganglions de l'aisselle, et l'adénopathie est si fréquente qu'elle constitue presque un symptôme : elle est notée dans les observations I, II, VI, IX, X, XI, XII, XV, XVI, XVII. L'aisselle du côté opposé peut être envahie (Obs. II). Cette adénopathie peut être énorme, comblant entièrement le creux axillaire ; elle peut être précoce, et constituer le premier symptôme de la néoplasie mammaire méconnue.

Les ganglions sus-claviculaires sont souvent hypertrophiés (Obs. II, IX, XI). Ils peuvent englober dans une masse néoplasique le paquet vasculo-nerveux du membre supérieur ; et, dans notre observation II, ils provoquaient par compression un œdème généralisé du membre supérieur.

Les ganglions médiastinaux peuvent être également envahis. Enfin, par les lymphatiques superficiels, la propagation peut se faire aux téguments dans toutes les directions, et des nodules cutanés peuvent apparaître depuis l'aisselle (Obs. II) jusqu'à l'ombilic (Obs. XI).

A la période de généralisation, des métastases peuvent apparaître dans les points les plus éloignés de l'organisme, et nous pouvons citer comme exemple typique l'autopsie de Lawrance :

« On trouve toute la partie intérieure du sein droit envahi par des productions dures, denses, quasi fibreuses, sans aucun point de ramollissement, d'un beau jaune verdâtre. Les ganglions axillaires ne font qu'un avec la tumeur. Le grand pectoral est libre sauf en un point. Le celluleux est verdâtre, et cette coloration s'étend jusqu'au côté opposé de la poitrine. Audessus de la clavicule droite, masse de tissus pathologiques absolument semblables renfermant l'artère et la veine axillaire, et le plexus nerveux. Les ganglions médiastinaux sont pris, la plèvre droite envahie et épaissie, surtout au niveau du diaphragme. Epanchement séreux considérable. Péritoine diaphragmatique épaissi et vert, noyaux de même coloration verte dans le pancréas. Masses analogues dans les deux reins et la base de la vessie. »

Plus ou moins rapidement, mais fatalement, c'est vers cette généralisation que tendent les tumeurs mélaniques du sein comme d'ailleurs toutes les tumeurs mélaniques. Et nous n'avons trouvé, à la cachexie qui termine leur *évolution*, aucun caractère particulier. C'est la fin lamentable de tous les cancéreux.

Survient-elle plus rapidement que dans les autres tumeurs, non mélaniques, du sein ?

On doit considérer à part le cas de Nüsbaum (Obs. X) qui évolua pendant quatorze ans, mais dans lequel la tumeur ne devint mélanique qu'à sa seconde récurrence. Pour les autres, nous trouvons une durée d'évolution totale de quinze mois (Obs. II), deux ans (Obs. XIV), quatre ans (Obs. XVII), cinq ans (Obs. III), six ans (Obs. IX et XVI), ce qui donne une moyenne de quatre ans. Poirrier trouve pour le cancer du sein chez l'homme en général trois ans et demi.

Le temps écoulé entre le début clinique de l'affection et le premier examen médical est :

De 1 an	2 fois	Obs. II et XVI
— 2 —	3 —	— VIII, XII et XV
— 3 —	3 —	— I, IX et XVII
— 5 —	1 —	— XVI

ce qui fait deux ans et cinq mois de moyenne.

Chez l'homme, le cancer mélanique du sein ne paraît donc présenter aucune malignité particulière, et ceci est indépendant de sa nature histologique, épithéliale ou conjonctive.

Si l'on considère que la durée d'évolution moyenne des mélanoses est, d'après Bonnet, de dix-huit mois, on est frappé par le *pronostic* relativement bon des mélanoses mammaires chez l'homme. On peut leur appliquer ce principe de bénignité, d'ailleurs toute relative, qui, au sujet des cancers du sein en général, fit dire à Barkett : « Le carcinome n'a pas une forme aussi active chez l'homme que chez la femme », et à Poirrier : « Nous pensons qu'il (le cancer du sein chez l'homme) est un peu moins grave que chez la femme. Et, évoluant plus lentement, il laisse plus de temps et, partant, plus de chances à l'intervention chirurgicale. »

TRAITEMENT

Faut-il opérer les tumeurs mélaniques du sein chez l'homme, ou faut-il craindre le coup de fouet donné à leur évolution, et s'abstenir suivant les principes de Velpeau, Cruveilhier et Wirchoff ?

Cette règle d'abstention n'est déjà plus admise pour les tumeurs mélaniques en général ; à plus forte raison devons-nous la rejeter pour les mélanoses du sein chez l'homme qui offrent à une thérapeutique active des chances particulières de succès.

Pratiquement, sur 13 observations qui fournissent à ce sujet quelques précisions, nous trouvons :

3 cas inopérables (Obs. II, III, XI) ;

3 cas opérés, mais sans renseignements sur l'évolution ultérieure (Obs. VI, XII, XV) ;

3 cas opérés, avec récurrence rapide et inopérable dans la plaie même. Un de ces cas ne mentionne ni la gravité des lésions ni la nature de l'intervention. Deux autres fois, il s'agit d'interventions rationnelles, avec curage de l'aisselle, mais pour des lésions avancées avec adénopathie déjà volumineuse (Obs. XIV, XVI, XVII) ;

2 cas enfin opérés deux fois, et suivis jusqu'à la mort,

ce qui précise une survie totale, à partir de la première intervention, de trois ans pour l'une et de quatorze ans pour l'autre.

Ces résultats, en somme encourageants, nous permettent de ne plus considérer les tumeurs mélaniques, au niveau du sein de l'homme tout au moins, comme des lésions irrémédiables et fatalement mortelles à brève échéance. On peut escompter de longues survies dans les cas favorables, c'est-à-dire opérés tôt, avant l'apparition de l'adénopathie, et opérés correctement, par les méthodes larges d'aujourd'hui.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de MM. Forgue et Chauvin)

Auguste L..., quarante-neuf ans, minotier, entre au n° 5 de la salle Delpech, le 22 mai 1914, pour adénopathie axillaire.

Le début remonte à trois ans environ. Un nodule induré s'est développé insidieusement sous la peau du sein gauche, qu'il souleva bientôt en une tuméfaction saillante. Il y a un an environ, les téguments progressivement envahis s'ulcérèrent en une plaie qui saignait au moindre contact et donnait un suintement assez abondant. Pas de douleur ni de gêne fonctionnelle.

Vers le milieu de 1913, la tumeur, grosse comme une noix et mobile sur la profondeur, est enlevée par deux simples incisions en tranche de melon.

Quinze jours après l'intervention, le malade remarquait déjà sous sa cicatrice une tuméfaction nodulaire et mobile, dont les dimensions sont allées croissant, avec des oscillations assez marquées au début.

Deux mois après, un nodule apparaissait dans l'aisselle.

Le malade tousse et crache, a eu des hémoptysies à

plusieurs reprises et présente des lésions discrètes des sommets. Rien du côté des divers appareils ; état général bon.

A son entrée, le sujet n'accuse aucune douleur spontanée, mais se plaint d'être gêné dans les mouvements d'élévation du bras qui éveillent une sensibilité douloureuse au niveau de ses masses ganglionnaires axillaires. Aucun suintement par le mamelon.

A l'examen, on observe, à 3 cm. au-dessous du mamelon gauche, une cicatrice transversale longue de 5 cm. environ, trace de la première opération. L'inspection ne donne aucune autre indication : mamelon normal, non rétracté, pas de peau d'orange ni de circulation veineuse anormale.

Immédiatement au-dessous de la cicatrice, la palpation révèle un petit noyau induré, profondément situé, du volume d'une amande, de consistance ferme, presque cartilagineuse, de forme irrégulière et bosselée, de contours assez nettement limités ; libre sous la peau intacte et mobile sur les plans profonds, non douloureux à la pression.

Dans le creux axillaire, on trouve des ganglions volumineux, agglomérés en une masse unique, irrégulièrement bosselée, du volume du poing. Cette masse comble entièrement le creux de l'aisselle, mais n'adhère pas aux téguments.

Le 27 mai 1914, intervention sous anesthésie générale. On enlève en bloc, d'un seul tenant, la tumeur, la totalité de la glande mammaire, les ganglions, évitant à fond le creux axillaire.

Suites opératoires parfaites. On enlève les drains le 7 juin, et le malade sort, entièrement cicatrisé, le 17.

La tumeur enlevée était assez nettement limitée ; du

volume d'une amande, de consistance ferme, homogène, sans points indurés ni ramollis. La coupe en est jaune rose uniforme avec des traînées irrégulières colorées en noir verdâtre tranchant nettement sur le reste de la tumeur.

La pièce, vue au microscope, montre une structure presque uniquement cellulaire. La trame conjonctive est représentée par quelques très rares et très fines travées, irrégulièrement disposées et ne dessinant aucunement une segmentation alvéolaire. Le plus souvent, le champ du microscope est uniquement occupé par des masses de volumineuses cellules rondes, à contours mal définis, à gros noyaux bien colorés, disposées sans aucun ordre apparent.

Au niveau des plages mélaniques, nettement limitées, le pigment se présente en grains de petit volume, de forme arrondie et régulière, tellement serrés qu'ils masquent presque entièrement les autres éléments cellulaires.

Il s'agit évidemment d'un sarcome mélanique globocellulaire.

OBSERVATION II

(Lawrance. — Présentation de cancer du sein. *Med.-chir. Transactions*, 1812, vol. III, p. 72.)

Le malade était un Italien de trente-cinq ans. Le début de la maladie remonte à un an. La première fois qu'il fut examiné, il présentait une vaste ulcération à droite du

mamelon encore intact, ulcération fongueuse, saignant au moindre contact, et d'où suintait un liquide sanieux. Tumeur volumineuse et dure sous une peau adhérente, envahie ainsi que le tissu graisseux ambiant par des nodules cancéreux. Ganglions sus-claviculaires de ce côté et axillaires des deux côtés envahis. OEdème du bras, dyspnée, appétit conservé.

Traitement palliatif, et mort trois mois plus tard.

A l'autopsie, on trouve toute la partie antérieure du sein droit envahie par des productions dures, denses, quasi-fibreuses, sans aucun point de ramollissement, d'un beau jaune verdâtre. Les ganglions axillaires ne font qu'un avec la tumeur. Le grand pectoral est libre sauf en un point. Le cellulaire est verdâtre, et cette coloration s'étend jusqu'au côté opposé de la poitrine. Audessus de la clavicule droite, masse de tissus pathologiques absolument semblables, renfermant l'artère et la veine axillaire et le plexus nerveux. Les ganglions médiastinaux sont pris ; la plèvre droite envahie et épaissie, surtout au niveau du diaphragme. Épanchement séreux considérable ; poumon sain.

Péritoine diaphragmatique épaissi et vert. Noyaux de même coloration verte dans le pancréas ; masses analogues dans les deux reins et la base de la vessie.

OBSERVATION III

(Berger [de Cobourg], in Schuchard. — *Arch. für klin. Chir.*,
vol. XXXII, p. 249.)

Carl X... (de Cobourg), de constitution robuste, fut contusionné à trente ans, en 1860, par la chute d'un tonneau dont le bord vint porter sur son sein gauche. Immédiatement, épanchement léger de sang par le mamelon. Cette hémorragie se reproduisit à diverses reprises, notamment à l'occasion des travaux pénibles et des efforts. Une induration se forma par la suite, qui grossit, donnant une tumeur discoïdale. En 1864, le point induré qui était sous le mamelon présenta une croissance rapide, tandis qu'une tache pigmentaire noire apparaissait à son niveau sur les téguments. Des taches semblables, pigmentées, parurent sur les téguments environnants jusqu'à l'aisselle. Ulcération de l'aréole pigmentée qui s'agrandit et se creusa progressivement, puis devint douloureuse. Enfin pleurésie. C'est dans cet état que le malade se présenta pour la première fois à un médecin. Il était inopérable, et mourut à trente-cinq ans, en 1865, de cachexie cancéreuse.

L'autopsie montra que le cancer avait envahi l'espace intercostal et pénétré le poumon où l'on trouvait des noyaux néoplasiques disséminés.

OBSERVATION IV

(Chassaignac. — Discussion d'une communication de Deguisé.
Société de chirurgie, 12 décembre 1850.)

Chassaignac rappelle qu'Astley Cooper a vu un cas de tumeur chez l'homme, dont les éléments étaient colorés en vert.

OBSERVATION V

(Pollack, *in* Schields)

Les caractères microscopiques ne sont pas fournis, mais, à cause de l'aspect clinique typique, Schields et Connel rangent ce cas parmi les sarcomes mélaniques. Il s'agit d'un plâtrier de trente ans qui avait eu pendant toute sa vie un nævus sur le sein droit, à côté du mamelon. Il gratta et fit saigner ce nævus qui s'ulcéra et ne se cicatrisa plus. Il présentait à l'examen le volume d'une petite orange, constitué d'une masse de végétations exubérantes, et était libre vis-à-vis des plans profonds.

OBSERVATION VI

(Betagh. — Contributo alla conoscenza dei tumori maligni della mamella dell'uomo. *Policlinico*, 1901.)

Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans qui présentait des sarcomes multiples de la région mammaire droite, parus depuis un an. Envahissement des ganglions axillaires et des lymphatiques afférents.

Diagnostic histologique : Mélanosarcome.

OBSERVATION VII

(Schiels. — *Diseases of the breast*, 1898.)

Schiels mentionne une pièce du musée du St-Bartholomew's hospital. Il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire de la mamelle chez un enfant de dix ans qui présentait également une tumeur de l'orbite. Le tout était d'une coloration vert brillant.

OBSERVATION VIII

(Crede, *in* Connel, obs. XIII)

W. G..., marchand à Dresde, solide et bien portant, remarqua en 1880 une zone indurée sous son mamelon droit ; elle était sensible et les ganglions axillaires étaient hypertrophiés. La tumeur, du volume d'une cerise, dure et adhérente au pectoral, fut enlevée en 1882 et l'aisselle vidée. Réunion primitive. En septembre 1883, une récurrence des dimensions d'une cerise fut extirpée avec les fascias adhérents ; réunion *per primam* à nouveau. En mars 1884, paraît-il, une tumeur du volume d'un œuf, parue dans la dernière cicatrice, aurait été enlevée avec une large marge de tissus apparemment normaux ; cicatrization par granulation. Mais, à la fin de la même année, trois noyaux s'étant reformés dans la cicatrice, ceux-ci furent enlevés le 5 juin 1885. L'aisselle était libre et l'état général bon.

Le diagnostic histologique, vérifié à chaque intervention fut : sarcome mélanique.

OBSERVATION IX

(Buff. — Ueber eine melanotische Geschwulst der männlichen Brustdrüse.
Thèse Munich, 1904.)

Homme de soixante-trois ans. Père mort d'une affection gastrique ; mère morte hydropique. Le début remonte à six ans : un petit noyau induré, gros comme un pois, fut remarqué à côté du mamelon droit ; il grossit et devint en trois ans gros comme un œuf de poule. Des douleurs apparurent, le malade maigrit et la tumeur s'ulcéra. Extirpation de la tumeur.

Deux ans et demi après, nouvelle tumeur dans la cicatrice, avec douleurs et amaigrissement. A l'examen, sur le bord externe du grand pectoral, tumeur du volume d'un œuf de poule ; envahissement des ganglions axillaires et sus-claviculaires. Sur tout le dos et sur les membres, nombreux nævi pigmentaires ; il y a même un nævus sur la peau de la tumeur. Extirpation du néoplasme avec une partie du muscle adhérent, curage axillaire et guérison opératoire ; mais la cachexie évolue et le blessé meurt plus tard.

Examen histologique : mélanosarcome pigmentaire développé manifestement aux dépens du parenchyme glandulaire.

OBSERVATION X

(Nüsbaum. — Lettre à Schuchard. *Archiv für klin. Chirurgie*,
vol. XXXII, p. 294.)

Un homme de quarante-cinq ans présentait une tumeur du sein et de l'aisselle. Le 4 juin 1862 on commença une série de cautérisations au fer rouge (trois séances espacées de quatorze jours) et l'on obtint une solide cicatrice; le sujet sortait guéri le 18 octobre.

Douze ans après, une récurrence survint, le malade avait alors cinquante-sept ans; il présentait sous la cicatrice de la première opération une tumeur du volume du poing qui fut extirpée le 30 juin 1874, et il sortit guéri le 2 août. L'examen histologique de la tumeur l'identifia comme un cysto-sarcome.

Le malade se représenta deux ans après avec une tumeur ulcérée de l'aisselle et du sein droit, ulcération hémorragique. Les cautérisations au fer rouge n'ayant donné aucun résultat, le sein droit fut amputé le 17 juin 1876, ce qui n'empêcha pas le malade de mourir le 30 du même mois.

La tumeur était alors devenue mélanique.

OBSERVATION XI

(Buttlin, *in* Schields)

Un homme de quarante ans remarqua sur la peau de son sein une tache pigmentée de bleu qui était le siège de démangeaisons, et qui par la suite s'ulcéra. Progressivement, envahissement des ganglions axillaires et supra-claviculaires, et apparition de nodules bleus jusqu'aux environs de l'ombilic.

Il s'agissait d'un sarcome mélanique.

OBSERVATION XII

(Williams. — *Lancet*, 1889)

Les seuls détails que l'on possède sur ce cas sont que le malade avait un cancer du sein avec infiltration des ganglions de l'aisselle. Le mal était apparu à la suite d'un coup et remontait à deux ans.

L'examen microscopique après ablation montra qu'il s'agissait d'un cancer fibreux alvéolaire. Les cellules et les alvéoles fibreuses étaient pigmentées.

OBSERVATION XIII

(Langenbeck. — Carcinoma melanodes der Mamma bei Manne. *Medical central Zeitung*, 1849, in thèse Kaulfus, Berlin.)

Langenbeck observa un cancer mélanique qui apparut comme récidive d'un cancer du sein chez un homme, opéré auparavant. La tumeur présentait une ressemblance évidente avec la tumeur désignée par Maury et Cruveilhier sous le nom de carcinome médullaire.

OBSERVATION XIV

(Tillmans, in Schuchard. *Arch. für klin. Chir.*, vol. XXXII)

X..., trente-cinq ans, présentait sur le sein gauche une tumeur mélanique grosse comme une noix.

Aussitôt après une première opération qui avait été faite en automne 1871, une récidive se forma sur les lèvres mêmes de la plaie. Ensuite parurent des points mélaniques disséminés dans les environs qui progressivement confluèrent. L'extirpation ne fut plus possible, et Tillmans perdit alors son malade de vue. Il apprit seulement qu'en 1873 il était mort avec une grosse plaie

carcinomateuse qui occupait presque tout le côté gauche de la poitrine.

Il s'agit ici de carcinome mélanique.

OBSERVATION XV

(Marcano. — Carcinome mélanique du sein chez un homme. *Soc. anatomique de Paris*, 18 décembre 1874.)

Cette tumeur avait débuté il y a deux ans, et avait pris au mois de décembre, à la suite d'un coup sur la région, un développement assez rapide. Les ganglions de l'aiselle étaient envahis.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un carcinome avec infiltration mélanique à l'intérieur des cellules et dans les cloisons des alvéoles.

OBSERVATION XVI

(Williams. — *Lancet*, 1889)

Homme grand, mince, nerveux, quarante et un ans, atteint d'ulcérations épithéliomateuse de l'aréole au milieu de laquelle on pouvait encore reconnaître le mamelon. La maladie paraissait consister en plaques

indurées. Sur les bords de l'ulcère on notait une teinte noirâtre. Les ganglions de l'aisselle étaient hypertrophiés. Le malade raconta que la lésion remontait à cinq ans et son ulcération à six mois. Sa mère était morte à soixante ans d'un cancer intestinal. La santé antérieure du malade était bonne, quoiqu'il eût souffert de troubles dyspeptiques et d'emphysème. Sa vie avait été régulière et confortable.

Le sein et les ganglions axillaires furent enlevés.

Le microscope montra qu'il s'agissait de cancer mélanique. Les ganglions de l'aisselle présentaient la même infiltration.

La récurrence survint avant la guérison de la plaie. On employa la pâte de Vienne, mais le cancer se reproduisit rapidement dans le sein et l'aisselle. Un an après l'opération, le malade était mourant; la tumeur avait envahi le thorax, et il y avait une métastase hépatique.

OBSERVATION XVII

(Chenet. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme. Thèse Paris, 1876)

M. D..., 41 ans, de haute taille, maigre, à peau brune, très impressionnable, a toujours mené une vie régulière et suivi une bonne hygiène. Emphysème léger, dyspepsie chronique. Sa mère a succombé vers l'âge de 60 ans à un cancer de l'intestin.

Il y a trois ans, sans cause, au niveau de l'aréole se développe une tumeur indolente, ressemblant à une

verrue, et occupant l'épaisseur de la peau. La tumeur grossit lentement; des démangeaisons, puis des élancements apparaissent. Quand elle fut montrée au docteur Chevalier, elle était plate, épaisse de 1 cm. 5 environ, large comme une pièce de 5 francs, sans adhérences profondes, sans ulcération de la peau. L'intervention est refusée; six mois après, ulcération, puis adénopathie. Au début de décembre 1874, Verneuil constate : plaque indurée, à contour irrégulier, occupant toute l'aréole, sur un point de laquelle on retrouvait le mamelon. Pas d'adhérences au grand pectoral. Ulcération assez profonde, à bords taillés à pic, éversés. Pus sanieux au centre, quelques croûtes sur les bords. Le mal offrait les caractères de l'épithélioma ulcéré; mais la teinte noire des bords en certains points et de quelques-uns des bourgeons du centre révélait très clairement l'existence d'un cancer mélanique. Dans l'aisselle et le long du bord du grand pectoral, chapelet de petits ganglions, durs, mobiles encore, variant du volume d'un noyau de cerise à une noisette.

Opération le 18 décembre. Excision cutanée, large, sacrifiant autour de la tumeur une zone cutanée saine d'un bon travers de doigt de largeur. Une incision séparée permit d'énucléer les ganglions, au nombre de 6 à 7. Ceux-ci étaient déjà imprégnés de mélanose. L'examen microscopique du reste de la tumeur y montra des cellules et des granulations en nombre considérable. Pansement à la mousseline, pulvérisations phéniquées.

Le vingtième jour, violent accès fébrile avec frisson et hyperthermie; la plaie prend un aspect mauvais qui se répare en quatre ou cinq jours. Cet accident infectieux se reproduit à deux ou trois reprises. En même temps des tubercules cancéreux se développaient à quel-

que distance de la plaie. Ils furent enlevés une première fois à la pâte de Vienne, et la plaie sembla de nouveau marcher vers la guérison.

Vers la fin de mars 1875, le malade allait assez bien, il commençait à se servir de son bras et partit pour la campagne. La dyspepsie s'accrut, le foie augmenta de volume. A la fin de septembre, le malade est très amaigri et se plaint de gêne respiratoire. De nouveaux tubercules qui s'étaient formés autour du sein furent encore enlevés au caustique de Vienne. Sous l'aisselle, des abcès coïncidaient avec la réapparition des ganglions.

Un an après l'opération, le malade est en pleine cachexie cancéreuse, très maigre, très faible. L'ulcère n'a aucune tendance à cicatriser. Le foie a beaucoup diminué de volume mais paraît être le siège d'une métastase néoplasique.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer mélanique du sein chez l'homme est excessivement rare ; nous n'avons pu en réunir que 17 cas.

II. — Il ne constitue pas une variété spéciale de tumeurs malignes, mais bien une particularité morphologique que l'on peut observer dans des tumeurs de nature diverse : épithéliales ou conjonctives.

III. — Il se présente cliniquement sous deux aspects : les tumeurs superficielles, nées des téguments du sein ; les tumeurs profondes, nées parfois indubitablement de la glande elle-même.

IV. — L'apparition du pigment mélanique ne paraît pas conférer aux néoplasies du sein, chez l'homme, la malignité extrême qui caractérise les tumeurs mélaniques en général.

V. — Elles seront donc justiciables du traitement classique des cancers du sein, puisque l'intervention a pu donner des survies allant jusqu'à quatorze ans, dans un cas où la généralisation finale vint vérifier le diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER. — *In* Schuchard.
- BETAGH. — Contributo alla conoscenza dei tumori maligni della mamella dell'uomo (Policlinico, 1901).
- BONNET. — Mélanoses et tumeurs mélaniques (Thèse Lyon, 1911, n° 98).
- BUFF. — Ueber eine melanotische Geschwulst der menlichen Brustdruse (Thèse Munich, 1904).
- BUTTLIN. — *In* Schields.
- CHASSAIGNAC. — Discussion d'une communication de Deguisé (Soc. de chir., 12 décembre 1850).
- CHENET. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme (Thèse Paris, 1876).
- CREDE. — *In* Connel.
- CONNEL. — Le sarcome du sein chez l'homme (Surg., gyg. and obstetric, 1907, vol. IV, p. 13).
- DELACOUR. — Des tumeurs du sein chez l'homme (Thèse Paris, 1874).
- FINSTERER. — Tumeurs du sein chez l'homme (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1906, p. 203).
- FLURIAN. — Les tumeurs du sein chez l'homme (Thèse Bordeaux, 1909-1910, n° 67).
- GRIMOUD. — Cancer mélanique du sein chez l'homme (Sud médical, 15 juillet 1913).
- HORTELOUP. — Les tumeurs du sein chez l'homme (Thèse d'agrég., 1872).

- LANGENBECK. — Carcinoma melanodes der Mamma bei Manne (Medical central Zeitung, 1849).
- LAWRANCE. — Présentation de cancer du sein (Med.-chir. Transactions, 1812, vol. III, p. 72).
- MARGANO. — Carcinome mélanique du sein chez l'homme (Soc. anat., décembre 1874).
- MIESCHER. — Les tumeurs du sein chez l'homme (Corresp. Blatt fürschweizer Aertze, 3 mai 1913).
- NUSBAUM. — *In* Schuchard.
- POIRRIER. — Les tumeurs du sein chez l'homme (Thèse Paris, 1883, n° 379).
- POLLACK. — *In* Schields.
- SCHIELDS. — Diseases of the breast, 1898.
- SCHUCHARD. — Arch für klin. Chir., vol. XXXI et XXXII, p. 279.
- SPEESE. — Tumeurs du sein chez l'homme (Annals of surgery, avril 1912).
- TILLMANS. — *In* Schuchard.
- ZONNI. — Les tumeurs du sein chez l'homme (Riforma medica, 6 décembre 1909).
-

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 19 novembre 1919.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 19 novembre 1919.

Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
